



Diana Isabel Araújo Sousa

Avaliação da adição ao exercício físico e da psicopatologia em praticantes de *Crossfit*®

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Ângela Leite

Porto, Outubro de 2016



Diana Isabel Araújo Sousa

Avaliação da adição ao exercício físico e da psicopatologia em praticantes de *Crossfit*®

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 24/11/2016, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Lamela

Arguente: Prof^a. Doutora Maria José Ferreira

Orientador/a: Prof^a. Doutora Ângela Leite

Porto, Outubro de 2016



Declaração

Nos exemplares das teses de doutoramento ou dissertações de mestrado ou de outros trabalhos entregues para prestação de provas públicas nas universidades ou outros estabelecimentos de ensino, e dos quais é enviado um exemplar para depósito legal na Biblioteca da Universidade Lusófona do Porto, deve constar uma das seguintes declarações:

1. ☐ É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

2. ☐ É autorizada a reprodução parcial desta tese/dissertação (indicar, caso tal seja necessário, nº máximo de páginas, ilustrações, gráficos, etc.), apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

3. ☐ Não é autorizada, por um prazo de 3 anos, a reprodução de qualquer parte desta tese/dissertação.

4. ☐ De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de reprodução de qualquer parte desta tese/dissertação.

Agradecimentos

Antes de tudo, e na impossibilidade de destacar cada uma das pessoas que se cruzaram no meu caminho acadêmico, fica aqui o meu agradecimento e gratidão a todos.

Seguidamente, presto os meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, que tornaram possível a realização da minha formação acadêmica.

À minha orientadora, Professora Doutora Ângela Leite, pela paciência, disponibilidade, coragem, motivação e apoio que sempre me ofereceu.

E, por último, aos meus colegas de mestrado, Vítor Lira e Patrícia Galvão por todo o apoio, ânimo e ajuda que me ofereceram durante estes anos que passamos juntos. A distância entre nós nunca irá apagar tudo que fizeram por mim, desde o primeiro dia em que nos conhecemos.

Avaliação da adição ao exercício físico e da psicopatologia em praticantes de *Crossfit*®

Resumo

A prática desportiva traz benefícios físicos e psicológicos a indivíduos de diferentes faixas etárias, havendo, cada vez mais, um acesso generalizado ao desporto através da implementação de novas modalidades desportivas. O *Crossfit*® é uma modalidade recente em Portugal, embora o seu conceito já seja conhecido da maioria dos praticantes de desporto. O objetivo principal deste modelo de treino é desenvolver a condição física de uma forma ampla, ou seja, prepara os seus praticantes para qualquer contingência física; a obtenção de resultados físicos é substancialmente menos morosa do que através de outras modalidades, sendo principalmente por essa razão que existem cada vez mais pessoas a aderir a esta modalidade.

O presente estudo justifica-se pela importância de compreender se os indivíduos que dedicam parte do seu tempo à prática de *Crossfit*® apresentam níveis elevados de adição ao exercício físico e de psicopatologia.

Deste modo, a população deste estudo é constituída por 111 praticantes de *Crossfit*®, com mais de 18 anos, de ambos os sexos. Foi utilizado um protocolo do qual fazia parte um Questionário Sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos e a Escala de Dependência ao Exercício Físico. Como principal resultado podemos concluir que não existem sinais de adição ao exercício físico nem de psicopatologia na amostra deste estudo.

Palavras-Chave: *Crossfit*®, atividade física, treino de alta intensidade, adição, psicopatologia.

Abstract

The physical exercise brings physical and psychological benefits to individuals of different age groups, thus existing a more and more generalised access to sport through the implementation of new kinds of sport. *Crossfit®* is a recent kind of sport in Portugal, although this concept is already known by the vast majority of sportspeople. The main objective of this training model is to develop physical condition in a broad way, that is, to prepare its practitioners to any physical contingency; the achievement of physical results is substantially less slow than through other kinds of sports, thus being this the main reason why there are more and more people who start practising this sport.

The current study has been done for the importance there is to understand if the individuals that spend a considerable part of their time practising *Crossfit®* present high levels of addiction to physical exercise and of psychopathology.

Therefore, this study sample contains 111 *Crossfit®* practitioners over 18 years old, from both genders. It was used a protocol composed by a Sociodemographic Questionnaire, the Brief Symptom Inventory and the Exercise Dependence Scale. As a main result we may conclude that there are neither signs of addiction to physical exercise nor of psychopathology in this study sample.

Keywords: *Crossfit®*, physical activity, high intensity training, addiction, psychopathology.

ÍNDICE

Capítulo I – Enquadramento Teórico	12
Capítulo II - Metodologia.....	16
Participantes	16
Instrumentos	16
Questionário Sociodemográfico	16
Inventário De Sintomas Psicopatológicos (BSI)	17
Interpretar os Dados do BSI.....	19
Escala de Dependência ao Exercício Físico	19
Procedimentos	21
Análise estatística	21
Capítulo III – Apresentação de Resultados.....	22
Amostra	22
Caracterização da Amostra e das Variáveis Sociodemográficas	22
Caracterização das Variáveis Relacionadas com a Prática de <i>Crossfit</i> ®.....	23
Análise Fatorial Confirmatória do BSI.....	24
Análise das Diferenças	39
Capítulo IV – Discussão dos Resultados	42
Referências Bibliográficas	47
Anexos	49

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 23

TABELA 2 25

TABELA 3 31

TABELA 4 32

TABELA 5 34

TABELA 6 37

TABELA 7 38

TABELA 8 39

TABELA 9 41

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 23

FIGURA 2 24

FIGURA 3 33

LISTA DE ABREVIATURAS

BSI - Brief Symptom Inventory
TSP - Total Sintomas Positivos
IGS - Índice Sintomas Gerais
ISP - Índice Sintomas Positivos
EDEF - Escala de Dependência ao Exercício Físico
SOM - Somatização
OC - Obsessão Compulsão
SI - Sensibilidade Interpessoal
DEP - Depressão
ANS - Ansiedade
HOS - Hostilidade
AF - Ansiedade Fóbica
IP - Ideação Paranóide
PSIC - Psicoticismo
WD - Withdrawal
CONT - Continuance
TOL - Tolerance
LOC - Loss of Control
RED - Reductions
IE - Intention Effect
DSM - Diagnostic and Statistical Manual

“O desporto é a revelação do corpo humano na sua imitação da alma na ambição de conquistar. O corpo conquista o que a alma deseja: isso é o amor; a alma conquista o que o corpo deseja, isso é o outro amor. Mas no desporto o corpo conquista o que a alma conquista; vão juntos na dinâmica.”

Álvaro de Campos

Introdução

O exercício físico tem o poder de melhorar a aptidão física, mental e proporcionar entretenimento, o que faz com que seja uma prática aconselhável a qualquer indivíduo.

O *Crossfit®* é uma modalidade recente e é acessível a todos, independente da idade ou da forma física, os movimentos são adaptados para idosos, grávidas ou pessoas com alguma incapacidade. É um treino de curta duração e inclui uma sequência de exercícios que estimulam todas as partes do corpo. Sendo a literatura sobre o *Crossfit®* em Portugal escassa, há uma necessidade definitiva de realizar estudos que abordem o tema. Esta investigação propõe-se fazer uma avaliação da adição ao exercício físico e psicopatologia nos praticantes de *Crossfit®*.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos.

No primeiro capítulo será abordada a fundamentação teórica que dá apoio à investigação em causa, sendo feita uma revisão bibliográfica das publicações mais pertinentes acerca do tema em estudo.

No segundo capítulo será descrita a metodologia utilizada, fazendo referência à problemática estudada, aos objetivos, às hipóteses selecionadas, à amostra utilizada, aos instrumentos de recolha de dados utilizados nesta investigação e aos procedimentos efetuados.

No terceiro capítulo serão apresentados todos os resultados obtidos no nosso estudo.

O quarto capítulo é dedicado à discussão dos resultados conseguidos nesta investigação, bem como às conclusões onde se recuperam todo um conjunto de factos considerados essenciais nesta pesquisa.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, o desporto é denominado como desporto moderno, devido ao facto de ser caracterizado pela procura da perfeição, que é ao mesmo tempo uma característica da nossa sociedade moderna; por isso se diz que o desporto nasceu com a sociedade capitalista e industrial, podendo ser descrito como a procura pelo mais capaz, o mais ávido pela evolução, no imediato (Szymanski, 2008). O desporto é visto como uma libertação dos seus limites, uma abstração da sociedade industrial (Szymanski, 2008). O desporto moderno surgiu no século XX, focado na competição e no rendimento e foi evoluindo de competições informais para competições mais formais e organizadas: competições regionais, nacionais e internacionais, tais como os Jogos Olímpicos (Correia, 2009). Todas as mudanças que ocorreram no desporto foram acontecendo de uma forma lenta e ao ritmo da transformação da consciência cultural e desportiva do indivíduo (Correia, 2009).

O exercício físico sempre foi visto como um hábito saudável e a sua prática tem benefícios psicológicos e físicos, como, por exemplo, controlar a obesidade, prevenir doenças cardíacas, aumentar a auto-estima, entre outras (Johnson, Pratt & Wardle, 2012)

O *Crossfit®* é uma modalidade desportiva criada por Greg Glassman, em 1995, com a abertura da primeira *box* de *Crossfit®* em Santa Cruz, Califórnia. Em 2001, criou um *site* que agrupava alguns *WOD'S* (sigla em inglês para “workout of the day” e que significa “treino do dia”), que estavam disponíveis para que qualquer pessoa pudesse praticar. Nesse mesmo *site*, havia um fórum que estava aberto a todos os indivíduos que quisessem partilhar experiências ou tirar dúvidas. Em 2003, estabeleceu a diretiva que todas as *boxes* teriam de ser afiliadas, criando assim um programa de afiliação (*Crossfit®*, Inc., 2016). Atualmente, conta com mais de 10.000 *boxes* afiliadas dispersas pelo mundo (*Crossfit®*, Inc., 2016). O *Crossfit®* é um método de treino essencialmente caracterizado pela realização de exercícios funcionais, extremamente variados e de alta intensidade (Rasczyk & Stephens, 2015).

O *Crossfit®* é um desporto recente em Portugal, mas rapidamente ganhou fãs e ficou conhecido entre a população. Podemos dizer que esta modalidade sofreu um *boom*, em Portugal, no ano de 2014, o que fez com que

chegasse a milhares de adeptos. Conseguiu conquistar, da mesma forma, os indivíduos que já tinham o hábito de frequentar o ginásio como os que não o faziam.

Este modelo de treino tem como principal objetivo o desenvolvimento da condição física de uma forma ampla, isto é, prepara os praticantes para qualquer contingência física que possa surgir. Visa a evolução progressiva das três vias metabólicas e das dez valências físicas: resistência cardiorrespiratória, força, vigor, potência, velocidade, coordenação, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e precisão (Rasczyk, & Stephens, 2015). De forma a exercitar tudo isto, cada treino segue uma ordem que se inicia com um aquecimento, seguido de uma atividade para desenvolver força ou melhorar a habilidade em algum movimento específico, para somente depois começar a parte de condicionamento metabólico (que diz respeito a padrões estruturados de trabalho e períodos de descanso para obter a resposta desejada do corpo). Todos esses componentes no seu conjunto constituem o *WOD* (Rasczyk, & Stephens, 2015). Este conceito origina resultados rápidos e também um elevado grau de companheirismo que é estabelecido dentro do grupo de atletas, factores estes que assumem um forte carácter motivacional e desafiador (Rasczyk, & Stephens, 2015).

O exercício físico é um estimulante que produz a excitação do cérebro, podendo até atingir um estado de euforia (Tenenbaum, & Eklund, 2007). Por esta razão, existe um forte potencial para se tornar numa obsessão. Hausenblas e Downs (2002) descrevem esta obsessão como dependência ao exercício físico, que pode provocar graves prejuízos físicos, mas também psicológicos, porque os indivíduos que se tornam adictos do exercício têm como principal característica colocar o desporto como prioridade em relação à família, amigos, saúde e profissão. O grau de dependência é comparado com o grau do efeito negativo, que pode induzir desde um leve desconforto até um sofrimento extremo (Hausenblas & Downs, 2002).

Tal como acontece com outros comportamentos de dependência, não existe uma definição padrão de dependência ao exercício físico (Johnson, 1995). Definições de dependência ao exercício incluem fatores comportamentais (a frequência de exercício físico), fatores psicológicos (o compromisso patológico), e/ou fatores fisiológicos (a tolerância). No entanto, a

definição que tem mais reconhecimento foi proposta por DeCoverley Veale (1987), que recomendou um conjunto de normas para o diagnóstico de dependência com base nos critérios de dependência de substâncias, descritos no DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2013).

Embora a dependência ao exercício físico seja uma adição comportamental, ela está associada, para além dos sintomas físicos, também a sintomas psicológicos em caso de abstinência. Estas sensações podem ser: mudanças negativas nos padrões de sono, aumento da ansiedade, aumento de despertares noturnos, aumento da tensão sexual, e aumento de necessidade de estar com outras pessoas envolvidas no desporto (Szabo, 1995).

Esta dependência psicológica ao exercício físico foi considerada pela primeira vez por Baekeland, em 1970, num estudo destinado a examinar os sintomas provocados pela privação de exercício físico durante um mês. Os indivíduos que praticavam desporto cinco a seis dias/semana recusaram-se a executar este teste, mesmo havendo uma contrapartida monetária, pelo que os seus participantes praticavam exercício físico três a quatro dias/semana. Durante o período de privação (um mês), todos os participantes relataram os sintomas de abstinência descritos anteriormente.

Segundo o DSM-V-TR (2013), a psicopatologia manifesta-se através de um conjunto de sintomas comportamentais ou psicológicos associados a mal-estar ou incapacidade, originando um risco maior de morte, dor, incapacitação ou perda de liberdade. Esta sintomatologia não deve fazer parte de uma resposta a acontecimentos significativos, com tonalidade negativa, como por exemplo a morte de um familiar próximo (American Psychiatric Association, 2013).

Os sintomas psicopatológicos são avaliados através de nove dimensões de sintomatologia: a somatização é definida por um desconforto somático, ou seja, mal-estar relacionado com o sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou musculatura (Lazzaro & Ávila, 2004); obsessões-compulsões dizem respeito às cognições, impulsos e comportamentos persistentes e aos quais o indivíduo é incapaz de resistir (Derogatis & Melisaratos, 1983); a sensibilidade interpessoal inclui todos os sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, em especial na comparação com outras pessoas. A auto depreciação, a hesitação, o

desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as principais características desta dimensão (Derogatis & Melisaratos, 1983); a depressão, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), consiste em oscilações de humor com uma longa duração e intensidade moderada ou grave, podendo causar muito sofrimento e alterando o funcionamento do indivíduo no trabalho, na escola e na família (WHO, 2015); a ansiedade surge quando o indivíduo experiência sintomas de nervosismo e tensão, podendo originar ataques de pânico (Derogatis & Melisaratos, 1983); a hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos de aborrecimento e irritabilidade, havendo também explosões incontroláveis de raiva (Derogatis & Melisaratos, 1983); a ansiedade fóbica é definida por uma resposta de medo constante (pode ser em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que conduz ao comportamento de evitamento (Derogatis & Melisaratos, 1983); ideação paranóide é representada por pensamentos de hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios (Derogatis & Melisaratos, 1983) e, por último, o psicoticismo que tem como principais indicadores o isolamento e o estilo de vida esquizoide, assim como os sintomas primários de esquizofrenia, ou seja, alucinações e controlo de pensamento (Derogatis & Melisaratos, 1983).

O objetivo principal deste estudo é avaliar a adição ao exercício físico e a psicopatologia em praticantes de *Crossfit*®. O estudo inclui quatro objetivos específicos: caracterizar a amostra de praticantes de *Crossfit*® que responderam ao questionário; calcular a existência de adição ao exercício físico em praticantes de *Crossfit*®; determinar os valores de psicopatologia existentes em praticantes de *Crossfit*®; por último, estabelecer uma relação entre os valores de adição ao exercício físico e os valores de psicopatologia nos praticantes de *Crossfit*®.

Hipótese 1: Tendo em conta as características do *Crossfit*®, os seus praticantes manifestam sinais de adição ao exercício físico.

Hipótese 2: Espera-se que os praticantes de *Crossfit*® cujo valor de adição ao exercício físico é mais elevado, apresentem também valores mais elevados de psicopatologia.

Hipótese 3: Os praticantes de *Crossfit*® apresentam valores de psicopatologia superiores aos apresentados por Canavarro para a população geral portuguesa.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Participantes

O presente estudo engloba uma amostra de 111 praticantes de *Crossfit*®, ligados a *boxes* do norte do país devidamente afiliadas.

A amostra refere-se a todos os inscritos nas *boxes* incluindo professores, sendo que 39 (35%) pertencem ao sexo feminino e 72 (65%) pertencem ao sexo masculino com idades compreendidas entre 21 e os 50 anos.

Instrumentos

Os participantes responderam a um Questionário Sociodemográfico que englobava questões sobre a prática de *Crossfit*®, bem como ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos adaptado para população portuguesa por Canavarro (1999) e, por fim, à Escala de Dependência ao Exercício Físico (Hausenblas, & Downs, 2002). Este protocolo foi administrado de forma individual.

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 10 itens dos quais seis são acerca do sexo, idade, estado civil, se tem filhos, nível de escolaridade, e profissão; e quatro são relativos à prática de *Crossfit*®, com diferentes alternativas de respostas, de escolha múltipla. Cada um destes itens avalia, respetivamente, as seguintes variáveis: há quanto tempo pratica exercício físico, há quanto tempo pratica *Crossfit*®, quantas vezes por semana pratica *Crossfit*® e durante quanto tempo o faz.

Inventário De Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999), do Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1983). Trata-se de um questionário que pode ser administrado a indivíduos perturbados emocionalmente bem como a pessoas saudáveis da população em geral (Canavarro, 1999). É constituído por 53 itens com um formato de resposta tipo *Likert* (Nunca, Poucas vezes, Algumas vezes, Muitas vezes, Muitíssimas vezes) e avalia sintomas psicopatológicos distribuídos por nove dimensões de sintomatologia.

O Brief Symptom Inventory (BSI), (Derogatis, 1983) foi desenvolvido a partir do questionário Symptom Check-List (SCL-90-R), composto por 90 itens, com a finalidade de reduzir o tempo de resposta que era uma limitação à sua utilização (Canavarro, 1999).

De acordo com Derogatis (Canavarro, 1999), as nove dimensões são: Somatização, Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicocitismo (Derogatis, 1993, citado por Canavarro, 1999).

Relativamente às pontuações gerais foram descritas por Derogatis (1993), como:

Índice Geral de Sintomas (IGS): representa a intensidade do mal-estar vivenciado; Total de Sintomas Positivos (TSP): representa o número de queixas sintomáticas (Canavarro, 1999); Índice de Sintomas Positivos (ISP): revela a média da intensidade dos sintomas.

As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (1982, pp. 7-10) da seguinte forma:

“Somatização: dimensão que reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático (sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autónoma); dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização” (incluí os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, e 37).

“Obsessões-compulsões: inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o

indivíduo não consegue resistir. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral” (incluí os itens 5, 15, 26, 27, 32, e 36).

“Sensibilidade interpessoal: esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas; auto depreciação, hesitação, desconforto e timidez, durante as interações sociais, são as manifestações características desta dimensão” (incluí os itens 20, 21, 22, e 42).

“Depressão: os itens que compõe esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia, falta de motivação e de interesse pela vida” (incluí os itens 9, 16, 17, 18, 35, e 50).

“Ansiedade: nervosismo e tensão foram incluídos na dimensão ansiedade. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico” (incluí os itens 1, 12, 19, 38, 45, e 49).

“Hostilidade: a dimensão hostilidade incluí pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera” (incluí os itens 6, 13, 40, 41 e 46).

“Ansiedade Fóbica: a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente que, sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico disruptivas” (incluí os itens 8, 28, 31, 43 e 4710).

“Ideação Paranóide: esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento de hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos como os reflexos desta perturbação” (incluí os itens 4, 10, 24, 48 e 51).

“Psicoticismo: abrange itens indicadores de isolamento e de um estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia. A escala fornece um contínuo desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência de psicose” (incluí os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

“Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma das dimensões e apenas são considerados nas pontuações dos três índices globais” (Derogatis, 1983, pp. 7-10).

Interpretar os Dados do BSI

Os resultados do BSI servem de triagem de situações clinicamente significativas; além disso, permitem avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, até ao mal-estar mórbido, característico das perturbações psiquiátricas (Derogatis & Titzpatrick, 2004, citado por Canavarro, 1999).

A análise das pontuações obtidas nas nove dimensões permite avaliar sobre o tipo de sintomatologia que perturba o indivíduo. A leitura dos índices globais permite compreender o nível de sintomas psicopatológicos apresentados, num curto espaço de tempo (Canavarro, 1999).

“As características psicométricas apresentadas oferecem segurança na sua utilização, funcionando assim como um bom indicador de sintomas do foro psicológico. As pontuações no BSI são igualmente um bom discriminador de saúde mental, permitindo distinguir os indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não as apresentam. No entanto, a utilização exclusiva do inventário não permite a formulação de um diagnóstico” (Canavarro, 1999, pp.107).

Escala de Dependência ao Exercício Físico

A Escala de Dependência ao Exercício Físico (*Exercise Dependence Scale-21 Manual*, Hausenblas and Downs, 2002) é constituída por 21 itens, com uma escala de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (1 = Nunca; 5 = Sempre), tem como objetivo avaliar os sintomas de adição ao exercício físico distribuídos por sete dimensões. Consistente com os critérios da dependência de substâncias do DSM-V-TR (APA, 2013), a dependência ao exercício físico foi medida como um padrão mal adaptativo multidimensional ao exercício, levando ao sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais das seguintes dimensões descritas por Hausenblas & Downs (2002):

Tolerância (*Tolerance*): consiste na necessidade de aumento do peso utilizado no exercício para alcançar o efeito desejado, ou a diminuição dos efeitos devido à longa utilização da mesma carga no exercício (inclui os itens 3, 10 e 17);

Desistência (*Withdrawal*): caracterizada pelos sintomas de abstinência do exercício físico, nomeadamente, ansiedade e fadiga (inclui os itens 1, 8 e 15);

Intenção-Efeito (*Intention Effect*): o exercício físico é geralmente feito com cargas maiores ou por um período de tempo mais longo do que o pretendido (inclui os itens 7, 14 e 21);

Falta de controlo (*Lack of Control*): um esforço malsucedido para reduzir o peso utilizado no exercício (inclui os itens 4, 11 e 18);

Tempo (*Time*): o exercício físico é realizado durante um elevado período de tempo (inclui os itens 6, 13 e 20);

Reduções de outras atividades (*Reductions in Other Activities*): atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas por causa do exercício (inclui os itens 5, 12 e 19);

Continuidade (*Continuance*): apesar da existência de lesões físicas ou psicológicas (causadas pelo exercício físico), o indivíduo continua a praticar exercício físico (inclui os itens 2, 9 e 16).

Os indivíduos que pontuam no intervalo dependente (ou seja, 5 ou 6 na escala de *Likert*) em pelo menos três ou mais critérios do DSM-V-TR para dependência de substâncias são classificados como dependentes ao exercício. Os participantes que endossam três ou quatro na escala de *Likert* são sintomáticos. Finalmente, os indivíduos que endossam um ou dois na escala de *Likert* são classificados como assintomáticos (ou seja, não relatam quaisquer sintomas de dependência ao exercício físico).

Processo de tradução

O processo de tradução em relação ao instrumento de Hausenblas, H.A. and Downs, S. (2002) decorreu da seguinte forma: inicialmente, foi traduzido do inglês para português e retro-traduzido por dois psicólogos, um

dos quais bilingue, preservando o conteúdo e o significado psicológico dos itens e, ao mesmo tempo, assegurando a especificidade da língua portuguesa e tornando acessível a compreensão dos mesmos. Foi realizado um pré-teste de conteúdo com seis estudantes, com o objetivo de aferir a clareza do questionário. Essa aplicação revelou que, para aquele grupo de estudantes, o questionário não apresentava qualquer tipo de dificuldades no seu preenchimento.

Procedimentos

Inicialmente, foi feita uma procura exaustiva de todos os locais em que existia a prática de *Crossfit*® na zona norte do país. Antes da entrega dos questionários, foi previamente pedida uma autorização aos responsáveis de cada uma das *boxes* de *Crossfit*®. Através desse pedido, ficou estabelecido todo o protocolo deste estudo, bem como os objetivos e as ideias gerais do projeto em questão.

Sendo este para fins académicos e tendo em vista a finalização do curso, foi elaborado um consentimento informado e entregue, previamente, a todos aqueles que se disponibilizaram para responder ao questionário, o qual tiveram que devolver assinado. Todos os questionários foram aplicados individualmente a cada um dos praticantes, nas instalações das referidas *boxes* e na presença do investigador.

No que diz respeito aos procedimentos estatísticos, foi utilizado o programa informático de análise estatística SPSS (versão 22, 2013) e AMOS (versão 22, 2013).

Análise estatística

Foram levados a cabo procedimentos específicos da análise estatística descritiva (frequências: média, desvio padrão, mínimo, máximo, percentagens) e da análise estatística inferencial (testes de hipóteses; significância; teste *t*; Teste Z; Valor-p); correlações e análise multivariada. Além disso foi avaliado o modelo de ajustamento dos instrumentos à amostra.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Amostra

Caracterização da Amostra e das Variáveis Sociodemográficas

A amostra é constituída por 111 participantes, dos quais 39 (35%) pertencem ao sexo feminino e 72 (65%) pertencem ao sexo masculino.

A média de idades da amostra é de 31 anos (desvio padrão 5.69 anos), tendo o sujeito mais velho 50 e o mais novo 21 anos.

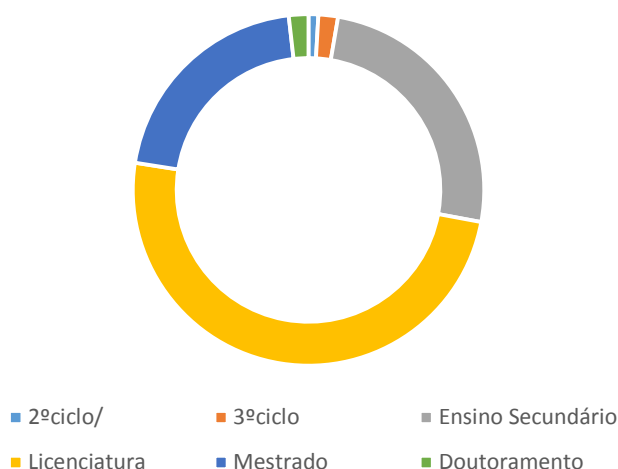
No que diz respeito ao estado civil, 45 participantes (40%) da amostra são solteiros, 25 (23%) têm um namorado/a, 36 (32%) são casados ou vivem em união de facto, e, por fim, 5 (5%) são divorciados ou separados.

A maior parte da amostra (82 participantes ou 74%) não tem filhos e 29 participantes (26%) têm.

Relativamente às habilitações literárias, apenas 1 participante (1%) tem a escolaridade básica (2º ciclo/6º ano); 2 participantes (2%) têm a escolaridade obrigatória (3º ciclo/9º ano); 28 participantes (25%) têm o ensino secundário (12º ano); 55 participantes (49%) têm uma licenciatura; 23 participantes (21%) têm um mestrado; e, por fim, dois sujeitos (2%) têm um doutoramento (Figura 1).

No que diz respeito à profissão, 96 participantes (87%) estão empregados; 6 participantes (5%) estão desempregados e 9 participantes (8%) são estudantes.

Figura 1
Escolaridade da Amostra



Caracterização das Variáveis Relacionadas com a Prática de *Crossfit*®

As quatro variáveis analisadas neste estudo, relativas à prática de *Crossfit*® e de exercício físico, prendem-se com o tempo que é reservado para esta modalidade. A maioria dos participantes pratica exercício físico há 5 anos ($M= 5.06$; $DP=1.51$; $Max=6$; $Min=1$), dedicam-se ao *Crossfit*® quatro vezes por semana ($M= 3.63$; $DP=.99$; $Max=5$; $Min=0$) durante 2 horas ($M=2.44$; $DP=.735$; $Max=5$; $Min=1$), há pelo menos 2 anos ($M=2.59$; $DP=1.39$; $Max=6$; $Min=1$) (Tabela 1).

Tabela 1
Tempo de Prática de Crossfit

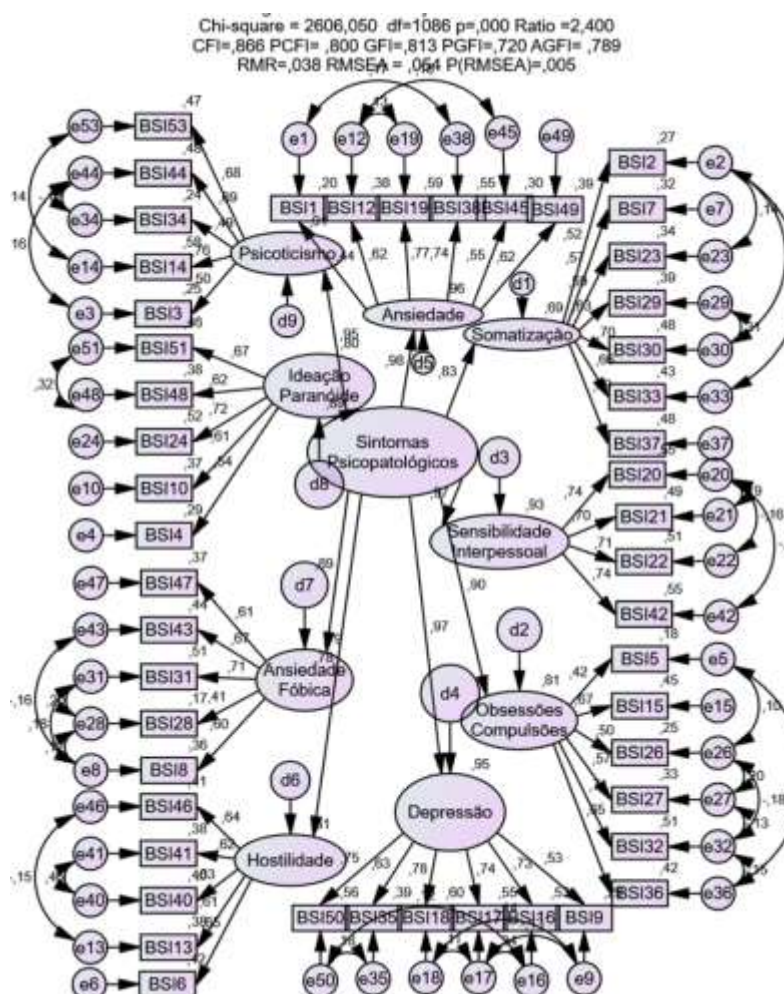
<i>Tempo de Prática de Crossfit</i>				
	<i>M</i>	<i>D P</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Pelo menos à 2 anos	2.59	1.39	1	6
Mais de 5 anos	5.06	1.51	1	6
Quatro vezes por semana	3.63	.99	0	5

Análise Fatorial Confirmatória do BSI

Avaliamos a qualidade do ajustamento do BSI à nossa amostra (Figura 2), através da análise fatorial confirmatória, com recurso ao programa AMOS.

Tendo em vista a obtenção de valores bons de ajustamento, procedemos ao estabelecimento de covariâncias entre os erros dos itens, embora apenas dentro do mesmo construto. Assim, obtivemos um bom ajustamento, embora alguns indicadores sejam sofríveis ($\chi^2 / df = 1086$, CFI=.866, PCFI =.800, GFI =. 813, PGFI =.720, AGFI =.789, RMR =.038, RMSEA =.054, PRMSEA =.005).

Figura 2
Ajustamento do BSI



Seguem-se os resultados relativos às frequências dos ítems do BSI (Tabela 2).

Tabela 2

Frequências dos itens do BSI (média, desvio padrão, mínimo, máximo e modalidade de resposta).

Item	Descrição	M	DP	Min	Mx	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior.	1.04	1.078	0	4	45 (40,5%)	31 (27,9%)	24 (21,6%)	8 (7,2%)	3 (2,7%)
2	Desmaios ou tonturas.	.32	.632	0	3	84 (75,7%)	21 (18,9%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	0
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	.19	.514	0	3	95 (85,6%)	12 (10,8%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)	0
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	.18	.451	0	2	94 (84,7%)	14 (12,6%)	3 (2,7%)	0	0
5	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	.79	.865	0	3	50 (45%)	39 (35,1%)	17 (15,3%)	5 (4,5%)	0
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	1.23	1.128	0	4	33 (29,7%)	41 (36,9%)	20 (18%)	12 (10,8%)	5 (4,5%)
7	Dores sobre o coração ou no peito.	.25	.610	0	3	91 (82%)	14 (12,6%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	0
8	Medo de andar na rua ou praças públicas.	.05	.264	0	2	106 (95,5%)	4 (3,6%)	1 (0,9%)	0	0
9	Pensamentos de	.02	.134	0	1	109	2	0	0	0

	acabar com a vida.					(98,2%)	(1,8%)			
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	.66	.858	0	3	61 (55%)	32 (28,8%)	13 (11,7%)	5 (4,5%)	0
11	Perder o apetite.	.41	.652	0	3	75 (67,6%)	28 (25,2%)	7 (6,3%)	1 (0,9%)	0
12	Ter um medo súbito sem razão para isso.	.18	.451	0	2	94 (84,7%)	14 (12,6%)	3 (2,7%)	0	0
13	Ter impulsos que não se pode controlar.	.50	.737	0	3	68 (61,3%)	33 (29,7%)	7 (6,3%)	3 (2,7%)	0
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.	.42	.695	0	3	75 (67,6%)	27 (24,3%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	0
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	.53	.672	0	2	63 (56,8%)	37 (33,3%)	11 (9,9%)	0	0
16	Sentir-se sozinho.	.41	.707	0	3	76 (68,5%)	27 (24,3%)	5 (4,5%)	3 (2,7%)	0
17	Sentir-se triste.	.66	.792	0	3	56 (50,5%)	41 (36,9%)	10 (9%)	4 (3,6%)	0
18	Não ter interesse por nada.	.40	.691	0	3	78 (70,3%)	24 (21,6%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	0
19	Sentir-se atemorizado.	.15	.431	0	2	97 (87,4%)	11 (9,9%)	3 (2,7%)	0	0
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus	.41	.719	0	3	76 (68,5%)	28 (25,2%)	3 (2,7%)	4 (3,6%)	0

	sentimentos.									
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	.40	.636	0	2	76 (68,5%)	26 (23,4%)	9 (8,1%)	0	0
22	Sentir-se inferior aos outros.	.41	.813	0	4	82 (73,9%)	19 (17,1%)	5 (4,5%)	4 (3,6%)	1 (0,9%)
23	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.	.41	.756	0	4	79 (71,2%)	21 (18,9%)	9 (8,1%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
24	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.	.49	.749	0	3	72 (64,9%)	26 (23,4%)	11 (9,9%)	2 (1,8%)	0
25	Dificuldade em adormecer.	.83	1.043	0	4	56 (50,5%)	30 (27%)	16 (14,4%)	6 (5,4%)	3 (2,7%)
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	.83	.923	0	4	49 (44,1%)	38 (34,2%)	21 (18,9%)	0	3 (2,7%)
27	Dificuldade em tomar decisões.	1.00	.903	0	3	50 (45%)	41 (36,9%)	12 (10,8%)	8 (7,2%)	0
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	.04	.231	0	2	108 (97,3%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	0	0
29	Sensação de que lhe falta o ar.	.23	.567	0	3	92 (82,9%)	15 (13,5%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	0

30	Calafrios e afrontamentos.	.15	.431	0	2	97 (87,4%)	11 (9,9%)	3 (2,7%)	0	0
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medos.	.14	.444	0	2	99 (89,2%)	8 (7,2%)	4 (3,6%)	0	0
32	Sensação de vazio na cabeça.	.14	.423	0	2	98 (88,3%)	10 (9,0%)	3 (2,7%)	0	0
33	Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.	.25	.547	0	2	89 (80,2%)	16 (14,4%)	6 (5,4%)	0	0
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.	.13	.507	0	4	102 (91,9%)	6 (5,4%)	2 (1,8%)	0	1 (0,9%)
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro.	.42	.769	0	4	78 (70,3%)	23 (20,7%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)
36	Ter dificuldade em se concentrar.	.78	.846	0	3	51 (45,9%)	36 (32,4%)	21 (18,9%)	3 (2,7%)	0
37	Falta de forças em partes do corpo.	1.00	.835	0	4	54 (48,6%)	39 (35,1%)	15 (13,5%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	.48	.737	0	3	73 (65,8%)	24 (21,6%)	13 (11,7%)	1 (0,9%)	0
39	Pensamentos sobre a	.19	.531	0	3	96	10	4	1	0

	morte ou que vai morrer.					(86,5%)	(9%)	(3,6%)	(0,9%)	
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.	.49	.808	0	3	75 (67,6%)	22 (19,8%)	10 (9%)	4 (3,6%)	0
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas.	.49	.773	0	3	73 (65,8%)	25 (22,5%)	10 (9%)	3 (2,7%)	0
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	.43	.655	0	2	73 (65,8%)	28 (25,2%)	10 (9%)	0	0
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias.	.20	.519	0	2	95 (85,6%)	10 (9%)	6 (5,4%)	0	0
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.	.31	.629	0	3	85 (76,6%)	20 (18%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	0
45	Ter ataques de terror ou pânico.	.15	.526	0	3	100 (90,1%)	7 (6,3%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)	0
46	Entrar facilmente em discussão.	.67	.846	0	3	60 (54,1%)	32 (28,8%)	15 (13,5%)	4 (3,6%)	0
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.	.11	.366	0	2	101 (91%)	8 (7,2%)	2 (1,8%)	0	0

48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	.96	1.136	0	4	52 (46,8%)	27 (24,3%)	21 (18,9%)	6 (5,4%)	5 (4,5%)
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado e quieto.	.46	.772	0	3	76 (68,5%)	22 (19,8%)	10 (9%)	3 (2,7%)	0
50	Sentir que não tem valor.	.32	.738	0	4	88 (79,3%)	16 (14,4%)	3 (2,7%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)
51	A impressão que se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	.66	.949	0	4	65 (58,6%)	27 (24,3%)	13 (11,7%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)
52	Ter sentimentos de culpa.	.50	.761	0	4	70 (63,1%)	30 (27%)	9 (8,1%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
53	Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	.47	.851	0	4	76 (68,5%)	25 (22,5%)	5 (4,5%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)

O item que apresenta as médias mais elevadas é o item 1 (*Nervosismo ou tensão interior*) ($M = 1.04$), seguido do item 6 (*Aborrecer-se ou irritar-se facilmente*) ($M = 1.23$). Os itens que apresentam as médias mais baixas são o item 9 (*Pensamentos de acabar com a vida*), ($M = .02$), item 8 (*Medo de andar na rua ou praças públicas*) ($M = .05$), e item 7 (*Dores sobre o coração ou no peito*) ($M = .25$). A modalidade de resposta mais escolhida, foi a primeira (nunca) nos itens 8 e 28.

Na tabela 3 encontramos a média, desvio padrão, mínimo, máximo do total do BSI, dos seus índices e subescalas bem como o valor do *Alpha de Cronbach* das subescalas do BSI e do seu total.

Tabela 3

Frequências do total, das subescalas e índices do BSI, média, desvio padrão, mínimo, máximo e valor de Alpha Cronbach

	<i>M</i>	<i>D P</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>A</i>
Somatização	.332	.385	0	1.71	.710
Obsessões Compulsões	.647	.545	0	2.17	.778
Sensibilidade Interpessoal	.412	.571	0	2.25	.820
Depressão	.370	.486	0	2.67	.811
Ansiedade	.409	.466	0	2.67	.747
Hostilidade	.675	.682	0	3	.845
Ansiedade fóbica	.108	.230	0	1	.567
Ideação paranóide	.589	.616	0	2.80	.765
Psicoticismo	.302	.415	0	2.20	.636
Total BSI	22.83	20.45	0	93	.953
IGS	.430	.385	0	1.75	
TSP	15.91	11.79	0	46	
ISP	1.36	.361	1	3	

Pela leitura da tabela 3, verificamos que o total do BSI apresenta um valor de *Alpha de Cronbach* bastante elevado (.95).

O ISP (Índice Sintomas Positivos), que pondera a intensidade do mau estar experienciado, apresenta uma média de 1.36, longe do ponto de corte definido pela autora da versão portuguesa da escala (1.7).

No que diz respeito às subescalas, verificamos que a subescala obsessões compulsões é a que apresenta uma média mais elevada (.647) e a ansiedade fóbica a média mais baixa (.108).

Em relação ao valor de *Alpha de Cronbach*, a subescala com o valor mais elevado é a hostilidade (.845) e a subescala psicoticismo apresenta o valor mais baixo (.636).

Em seguida apresentamos uma tabela comparativa dos valores obtidos no nosso estudo com os valores obtidos pela autora da versão portuguesa do BSI (Tabela 4).

Tabela 4

Comparação dos resultados obtidos por Canavarro (1999) e por este estudo.

Variáveis	Resultados deste estudo		População Geral (Canavarro, 1999)		Perturbações Emocionais (Canavarro, 1999)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Somatização	.332	.385	.573	.916	1.355	1.004
Obsessões compulsões	.647	.545	1.290	.878	1.924	.925
Sensibilidade Interpessoal	.412	.571	.958	.727	1.597	1.033
Depressão	.370	.486	.893	.722	1.828	1.051
Ansiedade	.409	.466	.942	.766	1.753	.940
Hostilidade	.675	.682	.894	.784	1.411	.904
Ansiedade Fóbica	.108	.230	.418	.663	1.020	.929
Ideação Paranóide	.589	.616	1.063	.789	1.532	.850
Psicoticismo	.302	.415	.668	.614	1.403	.825
IGS	.430	.385	.835	0.480	1.430	0.705
TSP	15.91	11.79	26.993	11.724	37.349	12.166
ISP	1.36	.361	1.561	0.385	2.111	0.595

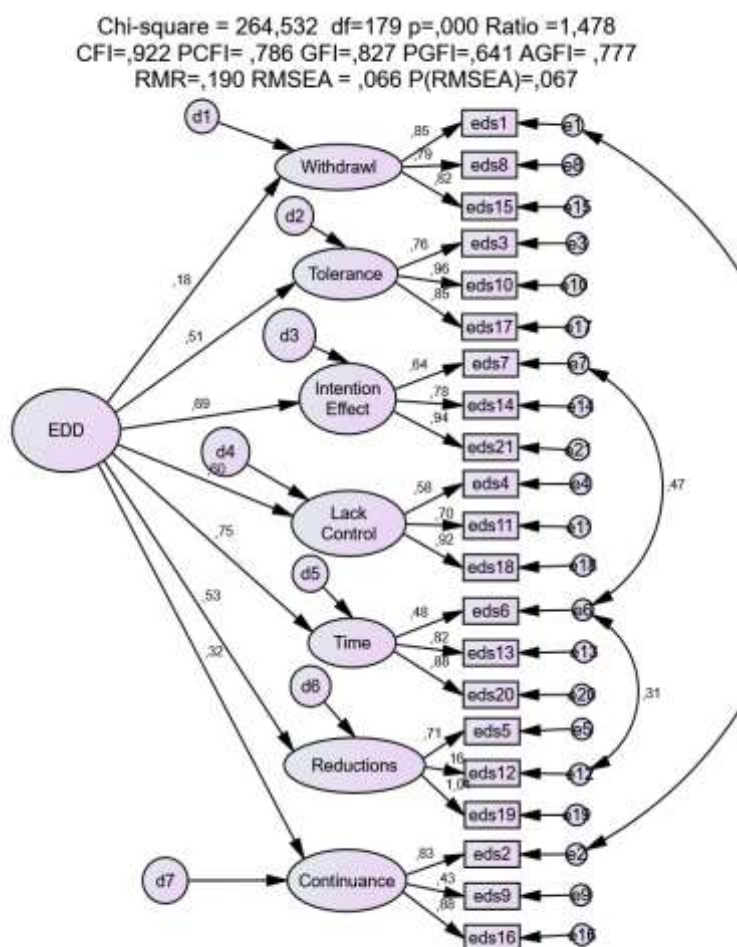
Os valores das subescalas deste estudo são mais baixos do que os apresentados pela autora.

Contudo, respondendo à nossa hipótese 3 (os valores encontrados nos sintomas psicopatológicos para esta amostra são mais elevados do que os da população geral), ela não se confirma.

Análise Fatorial Confirmatória da EDEF

Avaliamos a qualidade do ajustamento da EDEF à nossa amostra (Figura 3), através da análise factorial confirmatória, com recurso ao programa AMOS, tendo obtido bons valores de ajustamento, com o estabelecimento de covariâncias entre os erros (item 1 e 2; item 6 e 7; e item 6 e 12) e sem a identificação de *outliers*. O modelo revelou um ajustamento global aceitável (χ^2 / df = 179, CFI=.922, PCFI=.786, GFI=.827, PGFI=.641, AGFI=.777, RMR=.190, RMSEA=.066, PRMSEA=.067).

Figura 3
Ajustamento da EDEF



Segue-se a tabela de frequências da EDEF (Tabela 5).

Tabela 5

Frequências dos itens da Escala de Dependência ao Exercício físico (média, desvio padrão, mínimo, máximo e modalidade de resposta).

Item	Descrição	M	DP	Min	Mx	Nunca	Raramente	Poucas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	Sempre
1	Faço exercício para evitar sentir-me irritado	2.14	1.247	1	6	46 (41,4%)	26 (23,4%)	26 (23,4%)	6 (5,4%)	5 (4,5%)	2 (1,8%)
2	Apesar de ter problemas físicos recorrentes continuo a fazer exercício.	1.99	1.424	1	6	55 (49,5%)	34 (30,6%)	8 (7,2%)	3 (2,7%)	4 (3,6%)	7 (6,3%)
3	Aumento, progressivamente, a intensidade do treino para atingir os efeitos desejados.	4.41	1.429	1	6	5 (4,5%)	6 (5,4%)	19 (17,1%)	22 (19,8%)	27 (24,3%)	32 (28,8%)
4	Sou incapaz de reduzir o tempo de treino.	2.77	1.381	1	6	24 (21,6%)	24 (21,6%)	36 (32,4%)	14 (12,6%)	7 (6,3%)	6 (5,4%)
5	Prefiro fazer exercício físico do que passar o tempo com a família / amigos .	2.17	1.061	1	6	32 (28,8%)	42 (37,8%)	29 (26,1%)	4 (3,6%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)
6	Passo muito tempo a treinar .	3.18	1.422	1	6	15 (13,5%)	23 (20,7%)	29 (26,1%)	21 (18,9%)	17 (15,3%)	6 (5,4%)
7	Faço exercício físico durante mais	2.22	1.186	1	6	39	31	24	14	1	2

	tempo do que o pretendido.					(35,1%)	(27,9%)	(21,6%)	(12,6%)	(0,9%)	(1,8%)
8	Faço exercício físico para não sentir ansiedade.	2.21	1.447	1	6	50 (45%)	23 (20,7%)	19 (17,1%)	8 (7,2%)	6 (5,4%)	5 (4,5%)
9	Faço exercício físico mesmo quando estou lesionado.	2.54	1.374	1	6	29 (26,1%)	33 (29,7%)	25 (22,5%)	13 (11,7%)	6 (5,4%)	5 (4,5%)
10	Aumento, progressivamente, a frequência do treino para atingir os efeitos desejados.	4.05	1.572	1	6	9 (8,1%)	10 (9%)	22 (19,8%)	22 (19,8%)	21 (18,9%)	27 (24,3%)
11	Sou incapaz de reduzir o número de vezes que pratico exercício físico.	2.87	1.402	1	6	21 (18,9%)	28 (25,2%)	26 (23,4%)	21 (18,9%)	10 (9%)	5 (4,5%)
12	Penso em exercício físico quando deveria estar concentrado no trabalho.	2.41	1.317	1	6	36 (32,4%)	28 (25,2%)	23 (20,7%)	16 (14,4%)	6 (5,4%)	2 (1,8%)
13	Passo a maior parte do meu tempo livre a praticar exercício físico.	2.86	1.249	1	6	16 (14,4%)	29 (26,1%)	35 (31,5%)	21 (18,9%)	6 (5,4%)	4 (3,6%)
14	Faço exercício	2.35	1.211	1	6	32	33	29	12	2	3

	físico mais tempo do que esperava.					(28,8%)	(29,7%)	(26,1%)	(10,8%)	(1,8%)	(2,7%)
15	Faço exercício físico para evitar ficar tenso.	2.57	1.462	1	6	36 (32,4%)	22 (19,8%)	24 (21,6%)	17 (15,3%)	7 (6,3%)	5 (4,5%)
16	Faço exercício físico apesar dos problemas físicos persistentes.	2.14	1.426	1	6	50 (45%)	27 (24,3%)	19 (17,1%)	4 (3,6%)	5 (4,5%)	6 (5,4%)
17	Aumento, progressivamente, a duração do exercício físico para atingir os efeitos desejados.	3.63	1.678	1	6	15 (13,5%)	16 (14,4%)	23 (20,7%)	20 (18%)	15 (13,5%)	22 (19,8%)
18	Sou incapaz de reduzir a intensidade do exercício físico.	2.66	1.254	1	6	22 (19,8%)	31 (27,9%)	33 (29,7%)	16 (14,4%)	6 (5,4%)	3 (2,7%)
19	Prefiro treinar do que passar tempo com a família / amigos.	1.95	1.034	1	6	45 (40,5%)	38 (34,2%)	22 (19,8%)	2 (1,8%)	3 (2,7%)	1 (0,9%)
20	Grande parte do meu tempo é gasto em exercício físico.	2.53	1.197	1	6	24 (21,6%)	34 (30,6%)	31 (27,9%)	17 (15,3%)	2 (1,8%)	3 (2,7%)
21	Faço exercício físico durante mais tempo do que o planeado.	2.27	1.160	1	6	35 (31,5%)	31 (27,9%)	31 (27,9%)	10 (9%)	2 (1,8%)	2 (1,8%)

O item que apresenta a média mais elevada é o item 3 (*Aumento, progressivamente, a intensidade do treino para atingir os efeitos desejados*) ($M = 4.41$), seguido do item 10 (*Aumento, progressivamente, a frequência do treino para atingir os efeitos desejados*) ($M = 4.05$).

Itens que apresentam as médias mais baixas são o item 19 (*Prefiro treinar do que passar tempo com a família / amigos*), ($M = 1.95$), e o item 2 (*Apesar de ter problemas físicos recorrentes continuo a fazer exercício*) ($M = 1.99$). A modalidade de resposta mais escolhida foi a primeira (nunca) nos itens 2 e 8.

Na tabela 6 encontramos a média, desvio padrão, mínimo, máximo do total da EDEF, das suas subescalas bem como o valor do *Alpha de Cronbach* das subescalas da EDEF e do seu total.

Tabela 6

Frequências das subescalas da EDEF, média, desvio padrão, mínimo, máximo e valor de Alpha Cronbach.

	<i>M</i>	<i>D P</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Alpha</i>
Total EDEF	2.66	.645	1.33	4.48	.835
WithDrawal (Desistência)	2.30	1.22	1	6	.858
Continuance (Continuidade)	2.22	1.14	1	6	.741
Tolerance (Tolerância)	4.03	1.41	1	6	.888
Lack of Control (Falta de Controlo)	2.76	1.11	1	6	.774
Reductions (Reduções)	2.17	.837	1	5.33	.565
Time (Tempo)	2.85	1.07	1	6	.777
Intention Effect (Intenção-Efeito)	2.27	1.02	1	6	.837

Pela leitura da tabela 6, verificamos que o total da EDEF apresenta um valor de *Alpha de Cronbach* bastante elevado (.83). Os valores encontrados por nós são mais baixos que os dos autores que variam entre .78 e .95.

No que diz respeito às subescalas, verificamos que a Tolerância é a que apresenta uma média mais elevada (4.03) e a subescala Reduções a média mais baixa (2.17). Assim, podemos verificar que a nossa hipótese 1

(tendo em conta as características do *Crossfit®*, os seus praticantes manifestam sinais de adição ao exercício físico) não se confirma.

Em relação ao valor de *Alpha de Cronbach*, a subescala com o valor mais elevado é a Tolerância (.89) e a subescala Reduções apresenta o valor mais baixo (.57).

Segue-se a tabela de correlações entre todas as dimensões do BSI e da EDEF (Tabela 7).

Tabela 7
Correlações entre o total, os índices e as subescalas da EDEF e do BSI.

	EDEF TOTAL	EDEF WD	EDEF CONT	EDEF TOL	EDEF LOC	EDEF RED	EDEF TIME	EDEF IE
BSI SOM	.145	.205*	.117	-.008	.056	.137	.03	.07
BSI OC	.149	.235*	.18	-.021	.036	.144	-.032	.081
BSI SI	.023	.255**	.075	-.078	-.036	-.02	-.127	.01
BSI DEP	.046	.264**	.089	-.011	-.028	.021	-.134	-.041
BSI ANS	.139	.338**	.174	-.012	-.059	.034	-.047	.119
BSI HOS	.048	.138	.168	.033	-.012	-.003	-.096	-.071
BSI AF	.138	.220*	0.084	.104	.017	.037	-.052	.114
BSI IP	.101	.16	.108	.009	.103	.101	-.094	.026
BSI PSIC	.06	.151	.212*	-.067	-.027	.039	-.063	.003
BSI TOTAL	.119	.266**	.17	-.002	.013	.082	-.085	.031
BS IGS	.119	.266**	.17	-.002	.013	.082	-.085	.031
BSI TSP	.144	.269**	.103	.005	.034	.131	-.021	.069
BSI ISP	.09	.072	.342**	.119	.149	-.022	-.187	-.191*

(** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral), * A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)).

Verificamos que a subescala desistência se correlaciona positiva e significativamente com todas as dimensões do BSI, exceto com a hostilidade, ideação paranóide, psicoticismo e o ISP. A dimensão continuidade correlaciona-se positiva e significativamente com o psicoticismo e o ISP. A dimensão intenção-efeito correlaciona-se positiva e significativamente com o ISP. Assim, a hipótese 2 (espera-se que os praticantes de *Crossfit®*, cujo valor de adição ao exercício físico é mais elevado, apresentam também valores mais elevados de psicopatologia) confirma-se parcialmente, na medida em que a desistência e a continuidade (ambas dimensões da adição ao exercício físico) estão positivamente correlacionadas com dimensões do BSI.

Análise das Diferenças

Procedemos ao estabelecimento das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função do sexo (feminino, masculino). Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à somatização; à sensibilidade interpessoal; à depressão; à ansiedade; à hostilidade; à ansiedade fóbica; à ideação paranóide; ao psicoticismo; ao total do BSI; ao TSP; e à tolerância da EDEF, sendo que as mulheres apresentam valores mais elevados em todas as dimensões (Tabela 8).

Tabela 8

Diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função do sexo.

	Sexo	M	DP	F	g.l.	P
Somatização	Feminino	.454	.459	5.10	109	.013
	Masculino	.265	.323			
Obsessão Compulsiva	Feminino	.850	.576	1.58	109	.003
	Masculino	.537	.499			
Sensibilidade Interpessoal	Feminino	.641	.704	12.36	109	.002
	Masculino	.288	.443			
Depressão	Feminino	.556	.532	5.30	109	.003
	Masculino	.271	.431			
Ansiedade	Feminino	.615	.571	8.81	109	.000
	Masculino	.299	.357			
Hostilidade	Feminino	.913	.799	7.29	109	.007
	Masculino	.548	.577			
Ansiedade Fóbica	Feminino	.190	.290	8.87	109	.005
	Masculino	.064	.177			
Ideação Paranóide	Feminino	.790	.702	3.99	109	.011
	Masculino	.480	.539			
Psicoticismo	Feminino	.441	.466	4.91	109	.009
	Masculino	.228	.368			
BSI Total	Feminino	32.26	24.08	9.13	109	.000
	Masculino	17.74	16.21			
IGS	Feminino	.609	.454	9.13	109	.000
	Masculino	.335	.306			
TSP	Feminino	20.87	12.78	4.99	109	.001
	Masculino	13.24	10.35			
ISP	Feminino	1.56	.329	.081	104	.045
	Masculino	1.31	.370			
EDEF Desistência	Feminino	2.78	1.36	2.55	109	.002
	Masculino	2.05	1.07			

Quando procedemos ao estabelecimento das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função da idade, criamos dois grupos (1- até 30 anos inclusive e 2- 31 ou mais anos). Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à

somatização [$t(109) = 2.160$; $p = .033$]: os mais novos ($M = .4148$; $DP = .434$) apresentam valores mais elevados de somatização do que os mais velhos ($M = .2591$; $DP = .323$).

Procedemos também ao estabelecimento das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função do estado civil, tendo sido excluído o grupo dos divorciados (por serem apenas cinco). Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à intenção-efeito [$F(2, 103) = 3.577$; $p = .031$]: os solteiros ($M = 2.563$; $DP = 1.117$) apresentam valores mais elevados do que os que namoram ($M = 2.226$; $DP = .970$); por sua vez, estes apresentam valores mais elevados do que os casados ($M = 1.972$; $DP = .837$).

Procedemos ainda ao estabelecimento das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função da existência ou não de filhos, cuja variável apresenta duas modalidades de resposta (sim/não). Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à intenção-efeito [$t(109) = 2.303$; $p = .023$]: os participantes que não têm filhos ($M = 2.411$; $DP = 1.002$) apresentam valores mais elevados do que os que têm filhos ($M = 1.908$; $DP = 1.031$).

Levamos a cabo a determinação das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função da escolaridade, tendo sido excluídos os grupos dos participantes com doutoramento e com escolaridade básica por serem em número reduzido. Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação ao Índice de Sintomas Positivos do BSI [$F(2, 98) = 4.155$; $p = .019$]: os mestres ($M = 1.939$; $DP = .475$) apresentam valores mais elevados do que os licenciados ($M = 1.304$; $DP = .251$); por sua vez, estes apresentam valores mais elevados do que sujeitos que detêm o ensino secundário ($M = 1.291$; $DP = .380$). Contudo, a significância só se aplica às diferenças entre os sujeitos que detêm o ensino secundário e os licenciados, por um lado, e os mestres, por outro. Estes cálculos foram realizados com recurso ao teste de *Tukey*.

Quando determinamos as diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função das variáveis relacionadas com a prática desportiva, não encontramos diferenças estatisticamente significativas

em relação ao tempo de prática desportiva e ao número de vezes de prática de *Crossfit*® por semana.

Levamos a cabo a determinação das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função do tempo de prática de *Crossfit*®, tendo sido excluídos os grupos dos participantes com doutoramento e com escolaridade básica por serem em número reduzido. Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação à subescala tempo [$F(2, 108) = 4.140$; $p = .019$]: os sujeitos que praticam *Crossfit*® há menos de seis meses ($M = 2.766$; $DP = 1.096$) apresentam valores mais baixos do que os que praticam há entre 6 meses e dois anos ($M = 2.711$; $DP = 1.052$); por sua vez, estes apresentam valores mais baixos do que os sujeitos que praticam há mais de dois anos ($M = 3.372$; $DP = .968$). Contudo, a significância só se aplica às diferenças entre os sujeitos que praticam *Crossfit*® até há dois anos e os que praticam há mais de dois anos. Estes cálculos foram realizados com recurso ao teste de *Tukey*.

A variável horas de prática de *Crossfit*® por dia foi categorizada no sentido de interpretarmos os dados com mais acuidade, tendo sido dividida em duas modalidades de resposta: 1- até uma hora por dia e 2- mais de uma hora por dia. Procedemos ao estabelecimento das diferenças das médias dos totais e subescalas do BSI e da EDEF, em função do número de horas de prática de *Crossfit*®. Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação ao total da EDEF; à tolerância; ao tempo e à intenção-efeito (Tabela 9). Verificamos que os participantes que praticam mais do que uma hora por dia apresentam valores significativamente mais elevados do que os que praticam até uma hora por dia.

Tabela 9
Horas Diárias de Prática de Crossfit®

	Horas/dia de prática	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>P</i>
EDEF Total	Até 1 hora	2.53	.649	.661	109	.009
	Mais que 1 hora	2.85	.598			
EDEF Tolerância	Até 1 hora	3.81	1.48	1.15	109	.045
	Mais que 1 hora	4.36	1.26			
EDEF Tempo	Até 1 hora	2.52	.917	1.80	109	.000
	Mais que 1 hora	3.36	1.10			
EDEF Int. Efeito	Até 1 hora	2.06	.920	.676	109	.005
	Mais que 1 hora	2.61	1.10			

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivo a avaliação da adição ao exercício físico e da psicopatologia em praticantes de *Crossfit®*. Em termos metodológicos, o estudo pode ser dividido em quatro objetivos específicos: caracterizar a amostra de praticantes de *Crossfit®* que responderam ao questionário; calcular a existência de adição ao exercício físico em praticantes de *Crossfit®*; determinar os valores de psicopatologia existentes em praticantes de *Crossfit®* e, por último, estabelecer uma relação entre os valores de adição ao exercício físico e os valores de psicopatologia nos praticantes de *Crossfit®*.

As hipóteses decorrentes deste estudo foram as seguintes: espera-se que os praticantes de *Crossfit®* manifestem sinais de adição ao exercício físico; espera-se que valores elevados de adição estejam relacionados com valores elevados de psicopatologia e que estes sejam superiores aos apresentados por Canavarro para a população geral portuguesa.

Para testar as hipóteses descritas, utilizou-se um protocolo que compreendia um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de avaliação psicológica (Inventário de Sintomas Psicopatológicos e a Escala de Dependência ao Exercício Físico). O Inventário de Sintomas Psicopatológicos já estava validado e aferido para a população portuguesa por Canavarro (1999); contudo, a Escala de *Dependência ao Exercício Físico* não está validada, nem foi validada neste estudo pois a amostra era muito reduzida para o efeito. Contudo, nenhuma das nossas hipóteses se confirmou (o valor das dimensões do BSI é baixo e a tolerância é a única que está acima do valor médio), exceto no que diz respeito à 2ª hipótese que se confirmou parcialmente, na medida em que a desistência (que inclui sintomas de abstinência, de ansiedade e fadiga) tem uma correlação positiva e significativa com a somatização, obsessão e compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade psicótica, total do BSI e total dos sintomas positivos. Além disso, o psicoticismo e o índice de sintomas positivos têm uma correlação positiva e significativa com a continuidade (continuance).

A amostra é constituída por 111 participantes, sendo maioritariamente do sexo masculino, com uma média de idade de 31 anos, solteira, sem filhos, licenciada e empregada.

A maioria dos participantes pratica exercício físico há 5 anos; sendo que se dedica ao *Crossfit*® quatro vezes por semana, durante 2 horas em cada treino, há pelo menos 2 anos. Esta prática parece corroborar a importância do exercício físico tal como nos é apresentada por Tenenbaum e Eklund (2007), quando afirmam que a prática de exercício físico sempre foi vista como um hábito saudável e tem benefícios psicológicos e físicos, como, por exemplo, controlar a obesidade, prevenir doenças cardíacas, aumentar a autoestima, entre outras.

Através da análise factorial confirmatória do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, obtivemos um bom ajustamento à amostra, sendo que os valores de *Alpha de Cronbach* pontuam todos acima de .70 excepto nas subescalas ansiedade fóbica e psicoticismo.

O valor do ISP (índice de sintomas positivos) está longe do ponto de corte definido pela autora da versão portuguesa da escala (1.7). Os valores das subescalas deste estudo são todos mais baixos do que os apresentados pela autora.

A Escala de Dependência ao Exercício Físico foi traduzida para português e retro-traduzida para inglês por dois psicólogos, um dos quais bilingue. Desejavelmente, esta escala deveria ter sido aferida para a população portuguesa; contudo, a dimensão da amostra não permitiu fazê-lo na medida em que não cumpria um pressuposto básico da análise factorial confirmatória ($n \geq 200$). Avaliamos a qualidade do ajustamento da escala à nossa amostra, através da análise factorial confirmatória tendo obtido bons valores de ajustamento, com o estabelecimento de covariâncias entre os erros justificadas teoricamente. Estes resultados sugerem que esta escala pode revelar-se um bom instrumento para avaliar a adição ao exercício físico em geral e ao *Crossfit*® em particular, para a população portuguesa, sendo necessário ampliar a amostra para o efeito.

Através da análise factorial confirmatória da Escala de *Dependência ao Exercício Físico*, obtivemos um bom ajustamento à amostra, sendo que os valores de *Alpha de Cronbach* pontuam todos acima de .70 excepto na subescala reduções. Os valores encontrados por nós são mais baixos que os dos autores que variam entre .78 e .95.

Verificamos que a subescala desistência se correlaciona positiva e significativamente com todas as dimensões do BSI, excepto com a hostilidade, ideação paranóide, psicoticismo e o ISP. A dimensão continuidade correlaciona-se positiva e significativamente com o psicoticismo e o ISP. A dimensão intenção-efeito correlaciona-se positiva e significativamente com o ISP.

Hausenblas e Downs (2002) descrevem a obsessão ao exercício físico como uma dependência, que pode provocar graves prejuízos físicos, mas também psicológicos, porque os indivíduos que se tornam adictos do exercício têm como característica colocar o desporto como prioridade em relação à família, amigos, saúde e profissão.

As mulheres apresentam valores mais elevados na somatização; na sensibilidade interpessoal; na depressão; na ansiedade; na hostilidade; na ansiedade fóbica; na ideação paranóide; no psicoticismo; no total do BSI; no TSP; e na tolerância da EDEF, comparativamente com os homens. Tal como os estudos de Pierce e colegas (1997) revelaram diferenças entre os géneros, considerando que os homens apresentam mais sintomas de abstinência quando interrompem a prática de exercício físico do que as mulheres. Edmundus e colegas (2006) constataram valores mais elevados de dependência de exercício físico nos homens quando comparados com o sexo feminino. Contrariamente aos autores Rosa e colegas (2003), Antunes e colegas (2006), Duarte (2009) e Vieira e colegas (2010), os quais não observaram diferença nos valores de dependência ao exercício físico em função do género. Em relação à idade, verificamos que os indivíduos mais novos apresentam valores mais elevados na somatização do que os mais velhos. Contudo, os benefícios da prática desportiva são visíveis em diferentes faixas etárias, daí o acesso generalizado ao desporto (Correia, 2009).

Os solteiros apresentam valores mais elevados do que os que namoram na subescala intenção-efeito, que por sua vez apresentam valores mais elevados do que os casados. Este resultado pode sugerir que a quantidade e intensidade do exercício levado a cabo pelos solteiros estão relacionadas com a disponibilidade temporal e interior que a ausência de uma relação estável acarreta. Este resultado é corroborado pelo resultado que mostra que os participantes que não têm filhos apresentam valores mais

elevados do que os que têm filhos na subescala intenção-efeito, sendo a explicação, provavelmente, a mesma.

Os sujeitos que praticam *Crossfit*® há menos de seis meses apresentam valores mais baixos do que os que praticam entre seis meses e dois anos; por sua vez, estes apresentam valores mais baixos do que os sujeitos que praticam há mais de dois anos, relativamente à subescala tempo. O tempo parece ser uma dimensão determinante quando se fala em adição a um comportamento em geral. No que diz respeito ao exercício físico, encontramos esta ligação entre níveis mais elevados de adição e mais tempo de prática de exercício físico. O estudo de Baekeland (1970) corrobora os nossos dados, na medida em que os praticantes de desporto mais assíduos consideraram inaceitável estar um mês sem treinar.

Os nossos resultados que mostram que os participantes que praticam mais do que uma hora por dia *Crossfit*® apresentam valores mais elevados no total da EDEF; na tolerância; no tempo e na intenção-efeito do que os que praticam até uma hora por dia, podem ser explicados pela mesma razão subjacente à associação entre tempo e adição.

Conclusão

Os resultados mais relevantes encontrados ao longo da realização deste trabalho foram: o perfil sociodemográfico destes sujeitos e o perfil psicopatológico dos mesmos.

Em relação ao perfil, o sujeito médio desta amostra é do sexo masculino com uma idade média de 31 anos, sem nenhuma relação afetiva, não tem filhos, com estudos ao nível da licenciatura e com emprego. Este sujeito médio pratica exercício físico há 5 anos, dedica-se ao *Crossfit*® há 2 anos, quatro vezes por semana, durante duas horas em cada treino. O sujeito médio não apresenta sintomas psicológicos nem adição ao exercício físico.

Como principais limitações deste estudo foram identificadas duas, a falta de bibliografia em estudos sobre o *Crossfit*® e o tamanho reduzido da amostra. A falta de referências pode também tornar-se num fator positivo, pois torna esta investigação num estudo pioneiro.

Em investigações futuras seria oportuno estabelecer uma comparação entre o *Crossfit*® e outro desporto, para com isto ser possível proceder à validação da Escala da Dependência ao Exercício Físico.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Antunes, H. K., Andersen, M. L., Tufik, S., & De Mello, M. T. (2006). O estresse físico e a dependência de exercício físico. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 12(5), 234-238. doi: 10.1590/S1517-86922006000500002

Baekeland, F. (1970). Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 365-369. doi: 10.1001/archpsyc.1970.01740280077014

Canavarro, C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - B. S. I [Brief Symptom Inventory]. In M. R. Simões & M. M. Gonçalves (EDEF.), Testes e provas psicológicas em Portugal [Psychological measures in Portugal] (Vol. 2) (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.

Correia, J.P.(2009). Políticas públicas e desenvolvimento do desporto. In J. Bento & J. Constantino (EDEF.), O Desporto e o Estado: ideologias e práticas. Porto. Edições Afrontamento.

Crossfit, Inc. (2016). Acedido a 19 Fevereiro 2016, em <https://map.Crossfit.com/>

Crossfit, Inc. (2016). Acedido a 27 Fevereiro 2016, em www.Crossfitvirtuosity.com

De Coverley Veale, D. M. E. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735–740. doi: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01539.x

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605.

Downs, D. S., Hausenblas, H. A., & Nigg, C. R. (2004). Factorial validity and psychometric examination of the Exercise Dependence Scale-Revised. *Measurement in physical education and exercise science*, 8(4), 183-201. Doi: 10.1207/s15327841mpee0804_1

Duarte, P. J. P. (2009). Dependência ao Exercício em Indivíduos frequentadores de Ginásios. Repositório Digital: Universidade de Coimbra

Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2006). Examining exercise dependence symptomatology from a self-determination perspective. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 887-903. doi: 10.1177/1359105306069091

Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89-123. doi: 10.1016/S1469-0292(00)00015-7

IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Johnson, F., Pratt, M., & Wardle, J. (2012). Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International journal of obesity*, 36(5), 665-674. doi: 10.1038/ijo.2011.156

Johnson, R. (1995). Exercise dependence: when runners don't know when to quit. *Sports medicine and arthroscopy review*, 3(4), 267-273.

Lazzaro, C. D., & Ávila, L. A. (2004). Somatização na prática médica. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11(2), 2-5

Pierce, E. F., Rohaly, K. A., & Fritchley, B. (1997). Sex differences on exercise dependence for men and women in a marathon road race. *Perceptual and motor skills*, 84(3), 991-994. doi: 10.2466/pms.1997.84.3.991

Rasczyk, K., & Stephens, M. (2015). *Crossfit Community, Information Community: Needs and Behaviors*. San Jose State University

Rosa, D. A., Mello, M. T. D., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2003). Dependência da prática de exercícios físicos: estudo com maratonistas brasileiros. *Rev Bras Med Esporte*, 9(1), 9-14. doi: 10.1590/S1517-86922003000100003

Szabo, A. (1995). The impact of exercise deprivation on well-being of habitual exercisers. *Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 27, 68-77.

Szymanski, S. (2008). A theory of the evolution of modern sport. *Journal of Sport History*, 35(1), 1-32.

Tenenbaum, G., & Eklund, R. C. (EDEF.). (2007). Handbook of sport psychology (pp. 516-518). Hoboken, NJ: Wiley.

Vieira, J. L. L., Rocha, P. G. M., & Ferrarezi, R. A. (2009). A dependência pela prática de exercícios físicos e o uso de recursos ergogênicos-DOI: 10.4025/actascihealthsci.v32i1.4475. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 32(1), 35-41. doi: 10.4025/actascihealthsci.v32i1.4475

World Health Organization (WHO, 2015). Acedido a 28 Fevereiro 2016, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Anexos

Protocolo da Investigação

Consentimento Informado para a Investigação

A investigação "Sintomas psicopatológicos em praticantes de Crossfit", realizada no âmbito da dissertação levada a cabo no 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, tem como objetivo principal investigar a sintomatologia psicopatológica em praticantes de crossfit.

Este questionário contém, numa 1ª parte, questões relacionadas com dados sociodemográficos, bem como duas questões relacionadas com a prática do crossfit. A 2ª parte contém o questionário destinado a averiguar a existência ou não de sintomas psicopatológicos.

Informamos que não existem respostas certas ou erradas, por isso, solicitamos que responda com honestidade. Através deste consentimento informado, procuramos obter a sua autorização para a recolha dos dados referidos. Deste modo, se quiser participar deverá assinalar o quadrado para o efeito. Com o presente documento, declara que foi informado(a) dos propósitos da investigação, dando o seu consentimento. Por sua vez, os investigadores comprometem-se a manter o anonimato e a confidencialidade da informação obtida.

☐ Aceito os termos da minha participação nesta investigação.

Questionário Sociodemográfico

1	Sexo	1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino <input type="checkbox"/>
2	Idade	_____
3	Estado Civil	1) Solteiro/a <input type="checkbox"/> 2) Namorado/a <input type="checkbox"/> 3) Casado/a ou União de facto <input type="checkbox"/> 4) Divorciado/a ou Separado/a <input type="checkbox"/> 5) Viúvo/a <input type="checkbox"/>
4	Tem filhos?	0) Não <input type="checkbox"/> 1) Sim <input type="checkbox"/>
5	Escolaridade	1) Analfabeto <input type="checkbox"/> 2) 1º Ciclo (4º ano) <input type="checkbox"/> 3) 2º Ciclo (6º ano) <input type="checkbox"/> 4) 3º Ciclo (9º ano) <input type="checkbox"/> 5) Ensino Secundário (12º ano) <input type="checkbox"/> 6) Licenciatura <input type="checkbox"/> 7) Mestrado <input type="checkbox"/> 8) Doutoramento <input type="checkbox"/>
6	Profissão	1) Empregado <input type="checkbox"/> 2) Desempregado <input type="checkbox"/> 3) Reformado <input type="checkbox"/> 4) Estudante <input type="checkbox"/>
7	Há quanto tempo pratica desporto?	1) Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 2) Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 3) Entre 1 e 2 anos <input type="checkbox"/> 4) Entre 2 e 3 anos <input type="checkbox"/> 5) Entre 3 e 5 anos <input type="checkbox"/> 6) Mais de 5 anos <input type="checkbox"/>

8	Há quanto tempo pratica Crossfit?	1) Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 2) Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 3) Entre 1 e 2 anos <input type="checkbox"/> 4) Entre 2 e 3 anos <input type="checkbox"/> 5) Entre 3 e 5 anos <input type="checkbox"/> 6) Mais de 5 anos <input type="checkbox"/>
9	Quantas vezes por semana pratica Crossfit?	0) Menos de uma vez por semana <input type="checkbox"/> 1) Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 2) Duas vezes por semana <input type="checkbox"/> 3) Três vezes por semana <input type="checkbox"/> 4) Entre quatro e cinco dias por semana <input type="checkbox"/> 5) Entre seis e sete dias por semana <input type="checkbox"/>
10	Quando pratica Crossfit é durante quanto tempo?	1) Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 2) 1 hora <input type="checkbox"/> 3) Até 2 horas <input type="checkbox"/> 4) Até 3 horas <input type="checkbox"/> 5) Entre 4 e 6 horas <input type="checkbox"/> 6) Mais de 6 horas <input type="checkbox"/>

A seguir, encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1	Nervosismo ou tensão interior	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
2	Desmaios ou tonturas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
3	Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

	pensamentos					
4	Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
5	Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
6	Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
7	Dores sobre o coração ou no peito	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
8	Medo na rua ou praças públicas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
9	Pensamentos de acabar com a vida	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
10	Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
11	Perder o apetite	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
12	Ter um medo súbito sem razão para isso	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
13	Ter impulsos que não se podem controlar	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
14	Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
15	Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
16	Sentir-se sozinho	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
17	Sentir-se triste	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
18	Não ter interesse por nada	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
19	Sentir-se atemorizado	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
20	Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
21	Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
22	Sentir-se inferior aos outros	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
23	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
24	Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
25	Dificuldade em adormecer	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
26	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
27	Dificuldade em tomar decisões	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
28	Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
29	Sensação de que lhe falta o ar	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
30	Calafrios e afrontamentos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
31	Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medos	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
32	Sensação de vazio na cabeça	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

33	Sensação de anestesia (encorticação ou formigueliro) no corpo	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
34	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
35	Sentir-se sem esperança perante o futuro	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
36	Ter dificuldade em se concentrar	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
37	Falta de forças em partes do corpo	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
38	Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
39	Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
40	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
41	Ter vontade de destruir ou partir coisas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
42	Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
43	Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
44	Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
45	Ter ataques de terror ou pânico	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
46	Entrar facilmente em discussão	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
47	Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
48	Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
49	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
50	Sentir que não tem valor	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
51	A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
52	Ter sentimentos de culpa	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
53	Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

Por favor, preencha as seguintes perguntas da forma mais honesta possível. As perguntas referem-se a crenças e comportamentos ligados ao

exercício que tenham ocorrido nos últimos 3 meses. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

		Nunca a 1	2	3	4	5	Sempre 6
	Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:						
1	Faço exercício para evitar sentir-me irritado	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
2	Apesar de ter problemas físicos recorrentes continuo a fazer exercício.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
3	Aumento, progressivamente, a intensidade do treino para atingir os efeitos desejados.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
4	Sou incapaz de reduzir o tempo de treino.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
5	Prefiro fazer exercício físico do que passar o tempo com a família / amigos .	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
6	Passo muito tempo a treinar .	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
7	Faço exercício físico durante mais tempo do que o pretendido .	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
8	Faço exercício físico para não sentir ansiedade.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
9	Faço exercício físico mesmo quando estou lesionado.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
10	Aumento, progressivamente, a frequência do treino para atingir os efeitos desejados.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
11	Sou incapaz de reduzir o número de vezes que pratico exercício físico.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>

12	Penso em exercício físico quando deveria estar concentrado no trabalho.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
13	Passo a maior parte do meu tempo livre a praticar exercício físico.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
14	Faço exercício físico mais tempo do que esperava.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
15	Faço exercício físico para evitar ficar tenso.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
16	Faço exercício físico apesar dos problemas físicos persistentes.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
17	Aumento, progressivamente, a duração do exercício físico para atingir os efeitos desejados.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
18	Sou incapaz de reduzir a intensidade do exercício físico.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
19	Prefiro treinar do que passar tempo com a família / amigos.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
20	Grande parte do meu tempo é gasto em exercício físico .	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
21	Faço exercício físico durante mais tempo do que o planeado.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>